**別紙様式第4号（第8条関係）**

（岐阜大学医学部附属病院記入欄)

と

|  |  |
| --- | --- |
| **※受験番号** |   |

推 薦 書

令和　　　年　　　月　　　日

 　岐阜大学医学部附属病院長 殿

　　　　　　　　　　組織名

　　　　　　　　　 組織長

　　　（自署）

岐阜大学医学部附属病院看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

氏　　名

推薦理由【 受講修了後の進路や所属先から期待される役割などを記入 】

|  |
| --- |
|  |

 なお、本研修は原則、自施設での臨地実習を行うこととしていますが、自施設で実習指導を行うことができない場合は、岐阜大学医学部附属病院での実習を認めます。以下の該当するところを○で囲んで下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 岐阜大学医学部附属病院での実習の希望の有無 | 有　　・　　無 |